



**Facultad de  
Ciencias Sociales  
y Humanas - Teruel  
Universidad Zaragoza**

## **El papel de la codependencia en las adicciones: una propuesta de intervención**

**Autora: M<sup>a</sup>Cruz Alcaine Martín**

**Directora: Pilar Martín Hernández**

**TRABAJO FIN DE GRADO  
GRADO DE PSICOLOGÍA  
Curso 2011/2012**

## ÍNDICE

Introducción .....	1
La adicción: concepto y criterios diagnósticos básicos .....	3
La codependencia: delimitación Conceptual .....	5
Características Diagnósticas Del Codependiente .....	6
La Evauación de la codependencia: instrumentos de medida .....	9
Metodología .....	11
Intervención .....	13
Conclusiones .....	16
Referencias bibliográficas .....	17
Anexos	

## INTRODUCCIÓN

Según el Informe Mundial sobre Drogas publicado por las Naciones Unidas en 2006, el 5% de la población global, entre 15 y 64 años, ha consumido drogas ilegales al menos una vez en su vida. A esto hay que sumarle que las drogas legales no están reflejadas en el presente informe, con lo que el porcentaje aumentaría considerablemente. De los 200 millones de personas que supone ese 5%, un porcentaje considerable será adicto en un futuro y dependerá de la sustancia. Enfermedad esta la de la adicción que alcanza a muchos aspectos de la vida del dependiente, pero también afecta directamente a las personas de su entorno cercano, en especial a la familia. Ésta sufre la adicción tanto o más que los adictos, hasta el punto que la adicción del familiar puede generar una adicción en uno o varios miembros de la familia, dando lugar a la codependencia. Precisamente en este trabajo se va a investigar sobre ésta enfermedad aparentemente tan olvidada. El término “codependencia” ha sido ampliamente utilizado en la literatura clínica, especialmente asociado con problemas de alcohol y abuso de drogas, hay muy poca evidencia empírica que lo sustente (Pérez y Delgado, 2003). Aún cuando el concepto ha generado incluso algunas estrategias de tratamiento e intervención, pocos autores se han preocupado seriamente por su estudio y profundización (Scaturro, Hayes, Sagula y Walter, 2000). Son extremadamente escasas las investigaciones a nivel mundial que brinden evidencia sobre la validez del constructo (Stafford, 2001). Se hace así evidente la dificultad de éste trabajo que reside en la poca información existente al respecto pero son muchas las razones para abordar éste tema, empezando por la necesidad de que se asuma un acuerdo y una tipificación en el concepto y las características diagnósticas, ya que no las recoge ni el DSM ni el CIE. Diversos autores (p. e. Álvarez, 2005) afirman que debería figurar con identidad específica en los manuales de diagnóstico clínico.

Es también argumento de peso para abordar el tema que nos ocupa, aquel que tiene que ver con la importancia del entorno familiar en la rehabilitación del dependiente. Las adicciones se han estudiado mucho y hay numerosos tratamientos para superarlas, pero el dependiente sólo se rehabilitará de forma completa si lo hace el familiar también: el entorno familiar es uno de los principales factores causantes de recaídas por lo que es conveniente que éste funcione correctamente (Alvarez, 2005). Y si bien las conductas codependientes no generan por sí mismas la adicción, contribuyen a perpetuarla e incluso a agravarla, con un enorme costo para la salud de los involucrados. (Biscarra, Ayelén y Fernández, 2010).

El último motivo, que engloba en buena parte los anteriores, es la necesidad del bienestar del codependiente. Las adicciones, en las que se incluye la codependencia, son una problemática de gran importancia que afecta a muchas facetas de la vida del dependiente. Para ver la magnitud de este problema en nuestro país, se va a exponer una encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) realizada en 2009/2010. El objetivo se centra en prevenir el consumo y los problemas que acarreen las drogas, dirigida a residentes de España de 15 a 64 años, de los que han participado 20109 personas.

Con respecto al consumo de drogas en los últimos 12 meses, las drogas más consumidas son el alcohol y el tabaco, seguidas de cannabis e hipnosedantes.

El consumo de riesgo/perjudicial de alcohol se ha medido con AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification), una escala internacional llevada a cabo por la OMS, que cuenta con 10 preguntas que abarcan el consumo de alcohol, la conducta asociada y los problemas derivados de ello. Como resultados se encuentra que a un 7,4% de los individuos que han tomado alcohol alguna vez en la vida se les puede atribuir un consumo de riesgo/perjudicial, lo que supondría 2 millones de personas (1320000 hombres y 680000 mujeres), y un 0,3% de las personas que han consumido alcohol alguna vez en la vida muestran posible dependencia, lo que supondría 90000 personas (75600 hombres y 14400 mujeres). El último dato acerca del consumo de alcohol, en 2009, muestra que el 23,1% de la población se emborrachó en el último año, de los que el 67% de ellos eran hombres y el 33% mujeres.

De este estudio se derivan importantes conclusiones como por ejemplo que entre las drogas ilegales el consumo del cannabis es la droga ilegal más consumida, mientras que el consumo de cocaína disminuye. Es el alcohol la sustancia psicoactiva más consumida, al tiempo que aumenta su consumo.

Se puede comprobar la importancia de las adicciones, y en consecuencia de la codependencia. A tenor de las referencias apuntadas es evidente la importancia que revisten el estudio y abordaje de la co-dependencia, precisamente este trabajo va a trabajar acerca del abordaje de la codependencia en familiares de personas dependientes de una sustancia o conducta a través de una propuesta de intervención. Así, y en primer lugar se describe el concepto de adicción, para posteriormente centrar este análisis en el concepto de co-dependencia – concepto que como se pondrá de manifiesto presenta dificultades derivadas entre otras cosas de la falta de una definición consensuada -

ofreciendo finalmente una propuesta de intervención que permita intervenir eficazmente sobre la misma.

### **La adicción: concepto y criterios diagnósticos básicos**

La adicción es una dependencia hacia una sustancia, conducta o relación que arrastra al individuo adicto lejos de todo lo demás que lo rodea. En consecuencia el adicto es una persona dependiente de aquello que domina sus pensamientos y deseos y dirige su comportamiento o conducta.

En este contexto y como paso previo a la exposición de los criterios diagnósticos de la adicción es importante abordar la consideración de otros conceptos relacionados. El consumo de una determinada sustancia o la realización de una conducta puede ser perjudicial o no para el sujeto que lo lleva a cabo. El uso de una sustancia difiere con el abuso en las consecuencias que acarreen. El uso no provoca consecuencias negativas en el individuo o éste no las aprecia, sin embargo el abuso es el uso continuado de la sustancia siendo consciente de las consecuencias negativas que tal sustancia le acarreen.

La dependencia nace con el uso excesivo de una sustancia, que origina consecuencias negativas significativas a lo largo de un extenso período de tiempo, ya sea a diario o un consumo intermitente. Los dos aspectos fundamentales de la dependencia son la abstinencia y la tolerancia. Entendemos por abstinencia la no realización de la conducta adictiva voluntaria o forzosamente, porque al individuo otras personas le impiden realizarla. Y por tolerancia, el progresivo aumento de la ingesta de esa sustancia para conseguir el mismo efecto que le producía en un principio.

El paso del uso a la dependencia no es un proceso inmediato, sino que hasta que se instaura la dependencia surgen varias fases, que afectan tanto a nivel físico como psicológico. La dependencia física según la CIE-10, es el estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico. La dependencia psicológica queda definida por la CIE-10 como la tendencia que tiene una sustancia de producir dependencia en aquellos que la usan. A continuación se van a mostrar los criterios diagnósticos para la dependencia de sustancias, según el DSM-IV-TR.

Estos son los siguientes:

- A. Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar

clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - a. Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
  - b. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - a. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (criterio A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).
  - b. Se toma la misma sustancia (o muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos persistentes, que aparecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia

El DSM-IV-TR también considera las adicciones comportamentales. Los criterios diagnósticos son los mismos, sustituyendo “sustancia” por “conducta”. Es relevante que se considere con la misma importancia la adicción a una conducta que la adicción a una sustancia, puesto que aunque en la adicción a una conducta no haya síndrome de abstinencia, los problemas psicológicos que la dependencia acarrea son los mismos. La adicción afecta a numerosos aspectos de la vida del individuo; laboral, económico, personal, social y familiar. Precisamente, el grupo familiar es uno de los temas más estudiados en las adicciones, al ser el ámbito en el que la persona crece y va desarrollando su personalidad y valores, a través de las experiencias vividas en el seno de este primer agente socializador (Becoña Iglesias, E. y Cortés Tomás, M., 2010). Familia que por una parte puede ser un factor de protección ante el consumo de sustancias pero también puede ser un factor de riesgo.

Pero además, la familia sufre los efectos de la adicción de la misma forma que lo hace el dependiente. El comportamiento del adicto afecta directamente a las personas de su entorno cercano. El enfermo depende de una sustancia o una conducta, mientras que algún familiar puede depender de su familiar adicto. Las personas que dependen de su familiar adicto a una sustancia o conducta son los llamados codependientes, sufridores de otra adicción ni más ni menos importante que otras como el alcoholismo, la ludopatía, la politoxicomanía. Esta enfermedad es la codependencia, la que será explicada de forma más extensa en el siguiente apartado.

### **La codependencia: delimitación conceptual**

La primera vez que se utilizó el término codependencia fue en 1951, cuando se fundó Alcohólicos Anónimos. En principio la codependencia fue concebida únicamente en el ámbito del coalcoholismo, aplicándola a familiares de alcohólicos. Edwards, en 1973 sostuvo que las esposas de alcohólicos tenían personalidades esencialmente normales y que los síntomas de negación, culpa, ansiedad y alienación se desarrollaban como respuesta a la progresión de la enfermedad del alcoholismo. Es decir, se admitió el coalcoholismo como conducta de adaptación en respuesta a una situación anormal.

Whitfield (1987) compara a los coalcohólicos con los comedores compulsivos, quienes intentan calmar su vacío interior con comida, mientras el coalcohólico intenta llenar su vacío interno a través de controlar personas, lugares o cosas. Por su parte, Young (1987) mantiene tres conceptos importantes a la hora de entender y tratar el coalcoholismo:

- El coalcoholismo, como el alcoholismo, es una adicción primaria que requiere de un diagnóstico primario.
- El coalcoholismo, como el alcoholismo, produce un deterioro crónico a nivel físico, mental, emocional y espiritual, que de no ser tratado puede causar la muerte prematura.
- La recuperación en el caso del coalcoholismo requiere un sistema que permita al paciente cambios en el nivel caracterológico.

Posteriormente el término codependencia se extendió al terreno de todas las adicciones, ya sean sustancias, como las drogas, o conductas, como la adicción a las nuevas tecnologías, al sexo, la ludopatía, etc. Tanto es así que actualmente hay estudios que corroboran que la codependencia

también se puede dar en otras situaciones que producen estrés crónico en la familia, tales como abuso físico o sexual o enfermedad crónica discapacitante en alguno de sus miembros (Fuller y Warner, 2000). Así, por ejemplo, autores como Black (1982) definen codependencia como “los efectos emocionales, psicológicos y conductuales de crecer en un sistema familiar disfuncional”.

Aportaciones importantes en este punto son también las de quienes encuentran entre los problemas conceptuales del término codependencia, el llegar a precisar si constituye un rasgo o un trastorno de la personalidad (Gierymski y Williams, 1986; Gomerg, 1989; Haaken, 1990; Harper y Capdevilla, 1990). Varios autores (Fischer, Spann y Crawford, 1991; O'Brien y Galorit, 1992) la conceptualizan como un rasgo de la personalidad que existe entre la población general y que puede, bajo determinadas condiciones, convertirse en rígidos y desadaptativos patrones y entonces constituir un trastorno de la personalidad. Otros, como por ejemplo, Fischer et al. (1991) entienden que la codependencia es una condición psicosocial que se muestra a través de un patrón disfuncional de relacionarse con los demás. Las características de este patrón son: un locus externo extremo, la carencia de una expresión abierta de sentimientos y el intento para crear un sentido de propósito a través de las relaciones.

Pese a la importancia de las aportaciones hasta aquí apuntadas no existe sin embargo una definición consensuada de codependencia y no figura con identidad específica en los manuales de diagnóstico clínico y psicológico, pero es una realidad que afecta a las familias con un miembro adicto y ésta enfermedad avanza paralelamente a la enfermedad del dependiente. En este sentido, una prometedora formulación del concepto de codependencia es el de Potter-Efron y Potter-Efron, (1989) ya que ofrece una definición más integradora. Entienden por codependencia un síndrome que abarca una serie de comportamientos y rasgos de personalidad en el que el individuo se encuentra significativamente afectado por haber estado involucrado en un ambiente familiar en el que hay una larga historia de alcoholismo, dependencia de drogas o un ambiente estresante. Aunque para construir una definición más integradora debería incluir las conductas adictivas, como lo son la ludopatía, adicción al sexo, a las compras compulsivas, a las nuevas tecnologías, etc.

Una vez descrito el concepto de codependencia en el siguiente apartado se van a mostrar las características de los enfermos con ésta adicción, la codependencia.

### **Características diagnósticas del codependiente**



De forma análoga a lo que ocurre con la definición del término codependencia, en aquello que se refiere a las características del sujeto codependiente, no hay un consenso unánime acerca de las características o síntomas de ésta enfermedad. En este sentido destacan no obstante algunos esfuerzos como los desarrollados desde el estudio llevado a cabo por Pérez y Delgado en 2002 donde se recogen los comportamientos característicos que se aluden con asiduidad en la literatura:

1. Locus de control externo: las conductas de los codependientes son determinadas por fuerzas externas y no por decisiones voluntarias ( Abbott, 1985; Beattie, 1987, 1989; Becnell, 1991; Whitfield, 1991).
2. Inadecuado manejo de sentimientos: el codependiente siente que merece sufrir porque se percibe como culpable y merecedor de la agresión del adicto. Equipara amar con sufrir y sacrificar, y busca constantemente proteger y disculpar al adicto (Beattie, 1987, 1989; Carruth y Mendenhall, 1989; Edmundson, Bryne y Rankin, 2000; Hughes-Hammer, Martsolf y Zeller, 1998; Margolis y Zweben, 1998; Pérez y Goldstein, 1992).
3. Baja autoestima: la persona codependiente teme al rechazo y al abandono y su autoconcepto depende de lo que el adicto y los demás piensen de él. La imposibilidad de complacer a los demás es percibida como una falla o carencia de tipo personal (Beattie, 1987, 1989; Becnell, 1991; Carruth y Mendenhall, 1989; Hughes-Hammer, Martsolf y Zeller, 1998; Margolis y Zweben, 1998; Pérez y Goldstein, 1992;).
4. Comportamientos compulsivos: el codependiente siente una gran necesidad de controlar a otras personas y eventos alrededor. Así, elimina o mitiga la angustia o la culpa que se produciría si la acción de controlar no se efectuara continuamente (Becnell, 1991; Hughes-Hammer, Martsolf y Zeller, 1998; Margolis y Zweben, 1998)..
5. Dificultad para fijar límites en las relaciones con personas significativas, y en general problemas de relaciones interpersonales: el codependiente siente culpa y ansiedad por los defectos de los otros y llega a considerarlos como suyos. Siente que traiciona al otro si le impone límites de conducta (Beattie, 1987, 1989; Brown y Lewis, 1995; Hughes-Hammer, Thombs, 1994; Margolis y Zweben, 1998; Martsolf y Zeller, 1998; Lerner, 1988; Pérez y Goldstein, 1992; Steinglass et al., 1987).

6. Depresión: la persona codependiente suele experimentar síntomas físicos como agotamiento, ansiedad, síntomas depresivos y alteraciones físicas producidas por el estrés (Hughes-Hammer, Martsolf y Zeller, 1998).

Del trabajo de Pérez y Delgado se desprende que la codependencia afecta e influye en muy diversas áreas y niveles (social, psicológico y comportamental). No en vano, y si bien en el momento actual todavía no está contenida en el DSM, en la actualidad diversos autores destacan la importancia de su inclusión en el manual. Una de las propuestas para que se incluya en el CIE-10 o en el DSM-IV son las ofrecidas por Withfield (1991) y Guevara (2002). Sobre la base del trabajo de otro importante autor en este ámbito como es Cermak (1986), los criterios diagnósticos que se proponen para la codependencia serían los siguientes:

1. Inversión continuada de autoestima en su capacidad para controlarse a sí mismo y a los otros para enfrentar serias consecuencias adversas.
2. Asume la responsabilidad de encargarse de las necesidades de los demás, incluso a costa de reconocer sus propias necesidades.
3. Ansiedad y dificultad para reconocer los límites acerca de la separación o intimidad con los demás.
4. Permanentemente cae en relaciones con gente que tiene desordenes de la personalidad, dependencia a sustancias o desordenes impulsivos individuales.
5. Presenta, por lo menos tres, de las siguientes características:
  - a. Excesiva confianza en cosas negativas
  - b. Constricción emocional (con o sin explosiones dramáticas)
  - c. Depresión
  - d. Hipervigilancia
  - e. Compulsiones
  - f. Ansiedad
  - g. Abuso de alcohol o drogas
  - h. Es (o fue) víctima recurrente de abuso físico o sexual
  - i. Presencia de estrés relacionado a una enfermedad médica
  - j. Ha tenido relaciones con personas violentas o dependientes a sustancias (como el sustituto del alcohol o droga de estas personas), por un lapso mínimo de dos años sin búsqueda de ayuda externa.

El hecho de no haya criterios diagnósticos tipificados de codependencia no ha sido obstáculo para que existan instrumentos que la midan, con la finalidad de poder intervenir en ella. De su descripción se ocupa el siguiente epígrafe.

### **La evaluación de la codependencia: instrumentos de medida**

Martins-D'Angelo, R., Menéndez, M.C., Gómez-Benito, J. y Silva, F., tras realizar una exhaustiva búsqueda a través de la base de datos PsycINFO, analizaron un total de 81 artículos que aparecían bajo el descriptor "codependency". Encontraron 34 instrumentos para medir la codependencia. Entre ellos tres, el *Spann-Fischer Codependency Scale (SF CDS)*, el *Co-dependency Assessment Questionnaire (CAQ)* y el *Friel Adult Child/Codependency Assessment Inventory (CAI)* aparecían con mayor frecuencia, siendo por tanto los más utilizados en este ámbito, por lo que van a ser descritos a continuación.

La escala de codependencia Spann Fischer (*Spann-Fischer Codependency Scale; SF CDS*) fue desarrollada por Fischer, Spann y Crawford en 1991 y es el instrumento más citado en los artículos analizados. Aparece en el 33% de éstos. Es un instrumento que consta de 16 ítems, cuya respuesta es medida según la escala Likert de 6 puntos que oscilan entre totalmente en desacuerdo y totalmente de acuerdo. La menor puntuación es de 16 puntos y la mayor de 96, siendo 37,3 puntos baja codependencia y 67,2 alta codependencia. Los autores centran su cuestionario en la extrema atención fuera de sí mismo, la dificultad para expresar sentimientos y el significado personal derivado de las relaciones con los otros. Esta escala cuenta con una consistencia interna satisfactoria (Alfa de Cronbach .86) y una correlación test-retest de .87 (Spann & Fischer, 1991).

El segundo instrumento de medida de la codependencia en lo que a la frecuencia de aparición en los artículos se refiere es el Cuestionario de Evaluación de la co-dependencia "*Co-dependency Assesment Questionnaire (CAQ)*", creado por Potter-Efron en 1989. Aparecía en el 16% de los artículos encontrados bajo el nombre "codependency". Su funcionalidad estriba en que permite observar en que grado el proceso de la codependencia ha deteriorado el desarrollo y el funcionamiento normal del individuo y consta de 34 ítems cuya respuesta es dicotómica, es decir, los sujetos responden "sí" o "no" a preguntas como: ¿Te preocupas por los problemas ajenos, especialmente aquellos del usuario de drogas? Éste cuestionario da la opción de dos diagnósticos: el individuo padece codependencia o el individuo no padece ninguna codependencia.

Según Meyer (1997) y Meyer y Russell (1998), las fiabilidades del test-retest, para cada subescala, fueron contenidas en un rango desde .53 hasta .86, a través de un intervalo cuatrisesmanal con un coeficiente Alfa de Cronbach de .97, indicando así un alto grado de fiabilidad de la consistencia interna. Fuller y Warner (2000) y Stafford (2001) examinaron la validez del constructo vía análisis factorial, llegando a un Alfa de Cronbach de .87.

El tercer cuestionario que se va a explicar es el Inventario Friel de evaluación de la codependencia en niños y adultos (*Friel Adult Child/Codependency Assessment Inventory (CAI)*), que aparece en un 14% de los artículos. Lo desarrolló Friel basándose en los síntomas de núcleo aprendidos en la familia de origen. Consta de 60 ítems, los que se responden con Verdadero/falso. Cada respuesta verdadera suma un punto, teniendo en cuenta que hay ítems que puntúan en negativo. Si el sujeto tiene una puntuación que oscila entre 10-20 indica problemas leves de codependencia y si la puntuación es superior a 45 indica codependencia muy aguda. Un ejemplo de un ítem es “*hago demasiado para la gente y después me pregunto por qué lo hice tanto*”.

Su finalidad es evaluar el auto-cuidado, los secretos, la auto-crítica, el estancamiento, los problemas de límites, la familia de origen, la intimidad, la salud física, la autonomía, los sentimientos de identificación y una excesiva responsabilidad/agotamiento.

Aunque este instrumento se encuentre entre los más citados en la literatura sobre codependencia, no hay demasiados datos acerca de su estructura factorial, su fiabilidad y su validez. De todas maneras, en una investigación llevada a cabo por Springer y colaboradores (1998), el CAI demostró una buena consistencia interna, con un Alfa de Cronbach de .87.

Como se ha dicho, éstos son los tres cuestionarios que más han sido citados en los artículos de la base de datos PsycINFO. La mayoría de los demás instrumentos sólo fueron citados 1 o 2 veces, casi siempre por la gente que los desarrolló.

En la investigación aplicada se hace necesaria la existencia de instrumentos de medida, válidos y fiables, adecuados a las diferentes variables demográficas para la evaluación de ese complejo constructo. Con base en nuestros hallazgos, señalamos la falta de investigaciones sobre el tema “codependencia”, así como el escaso desarrollo y aplicación de instrumentos para medirla en muchos países, entre ellos España (Martins-D'Angelo, Menéndez Montañés, Gómez-Benito y Silva Peralta, 2011).

Dado que la SF CDS, el CAQ y el CAI demostraron tener una mayor coherencia teórica y metodológica, cabría a los investigadores de la salud mental adaptarlos al idioma y a la población a que se proponga realizar las futuras investigaciones psicológicas empíricas, lo cual aportaría una mayor comprensión del fenómeno en otros países de habla no inglesa (Martins-D'Angelo, Menéndez Montañés, Gómez-Benito y Silva Peralta, 2011).

## **METODOLOGÍA**

El objetivo principal de éste trabajo es abordar la codependencia en familiares de adictos a una sustancia o conducta a través de una propuesta de intervención, en la que se intervendrán los diferentes objetivos específicos. Estos son:

- Aumentar la autoestima del paciente
- Entrenar al paciente en el control emocional
- Modificación de su estilo atribucional
- Superación de la depresión
- Mejorar sus relaciones interpersonales

El marco paradigmático del que se va a partir es el cognitivo-conductual, cuya finalidad, a través del empleo de técnicas y técnicas concretas es el cambio de las estructuras cognitivas que dificultan el buen funcionamiento psicológico del sujeto (Feixas y Miró, 2010), o dicho de otro modo, aumentar o reducir las conductas específicas, como por ejemplo ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales (García, 2011). Las psicoterapias que llevan a cabo son procedimientos activos, directivos, estructurados y de breve duración, en los que la relación terapéutica es un esfuerzo de colaboración mutua que realizan cliente y terapeuta (Feixas, G.,y Miró, M. T., 2010). Cuando se ha creado un clima de colaboración, terapeuta y cliente pueden cooperar como si de un equipo de investigación se tratara y los pensamientos del cliente se consideran hipótesis a verificar (Feixas, G.,y Miró, M. T., 2010). Este enfoque tiende a fomentar la independencia del paciente, por lo que en ella se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades (García Galarza, B., 2011).

Aunque la duración del tratamiento cognitivo-conductual es breve, el programa consta de 28 sesiones presenciales, ya que se debe intervenir sobre varios aspectos, todos ellos imprescindibles.

El programa se llevará a cabo siguiendo las fases que se señalan a continuación:

#### Fase 1: Evaluación previa.

Esta fase tiene la finalidad de comprobar si los pacientes necesitan la intervención específica en cada uno de los módulos del programa. Para ello se pasarán diferentes cuestionarios, test y escalas. Éstos cuestionarios están especificados en el Anexo 1 y 2.

#### Fase 2: Intervención.

Se centra en la intervención acerca de los aspectos susceptibles de cambio.

#### Fase 3: Evaluación del programa.

Este apartado se dedica a la comprobación de la eficacia del programa seguido por los pacientes. La respuesta que queremos responder en este apartado es la siguiente ¿El hecho de que los pacientes hayan seguido el programa descrito anteriormente, ha llevado a que la codependencia haya disminuído o desaparecido? Para contestar a ésta pregunta, se volverán a pasar los test, cuestionarios y escalas que han contestado en la fase número 1.

Las sesiones presenciales llevarán a cabo con una periodicidad aproximada de una semana y la duración de las sesiones dependerá de su contenido. La intervención ha sido dividida en módulos, siendo cada módulo un aspecto a intervenir. Estos son:

- Locus de control
- Control emocional
- Autoestima
- Relaciones interpersonales
- Depresión.

El colectivo de personas a las que va dirigida la intervención son todos los individuos que acompañen a personas dependientes a una sustancia o conducta, que muestren signos de codependencia, independientemente de su edad, procedencia y sexo.

La intervención llevada a cabo va a constar de terapias cognitivo-conductuales individuales, en las que se tratará de reconstruir la identidad del codependiente trabajando sobre los aspectos citados anteriormente, las características del codependiente según Pérez y Delgado (2002). El objetivo de

éstas sesiones será ir convirtiéndose en uno mismo, con actitudes, opciones y comportamientos libres.

## INTERVENCIÓN

El primer paso es averiguar si el paciente es codependiente. Para ello, en la primera sesión de la intervención, se le administrará la “*Escala de codependencia Spann Fischer*” (anexo número 1). Será traducida al castellano por el terapeuta, ya que no existe ninguna adaptación al castellano. El tiempo necesario para responder a ésta escala es de 10 minutos. Se ha elegido ésta escala por ser la más utilizada en la literatura acerca de la codependencia, además resulta fácil acceder a ella, ya que está disponible en internet.

Posteriormente se aplicarán las escalas correspondientes a los distintos módulos. El locus de control será evaluado por la Escala I-E de Rotter, para la cual se invertirán 10 minutos. Seguidamente se evaluará la autoestima con la escala de Rosenberg. Ésta escala deberá ser respondida en 5 minutos.

En la siguiente sesión, la número 2, se evaluará el control emocional, mediante la prueba TMMS-24, la asertividad a través del test de asertividad de Rathus, y por último, se pasará al paciente el cuestionario de depresión de Beck. Para cada prueba, el cliente dispondrá de 10 minutos. En el anexo número 2 se encuentra una breve explicación de cada una de las escalas utilizadas en la fase número 1 y 3 del programa de intervención.

Una vez que se ha confirmado que el paciente es codependiente y necesita ser intervenido en los distintos módulos que componen la codependencia, se comienza con la intervención propiamente dicha, la fase número 2. La duración de cada actividad aparece en la *Tabla 1*. La descripción de cada una de las actividades del programa se encuentran en el anexo número 3.

En la sesión número 3, se informará al paciente sobre los aspectos susceptibles de tratamiento y se recogerá información relevante de cara a la intervención.

En las sesiones número 4, 5, 6 y 7 se llevará a cabo la intervención de cara a aumentar la autoestima. El programa consta de varias técnicas cognitivas que he seleccionado y ordenado de forma correlativa.

Las sesiones número 8 y 9 están destinadas a la modificación de las atribuciones causales, pero ello he utilizado dos técnicas cognitivas que se complementan. La comprobación de hipótesis y las técnicas de atribución.

El control emocional será tratado en las sesiones 10 y 11. Se han utilizado varias técnicas cognitivas. Las técnicas que forman la sesión 11 han auto-elaboradas.

La sesión número 12 se ocupará de mejorar la asertividad, intentando que mejoren las relaciones interpersonales a consecuencia de ello.

Por último, la depresión será tratada en las sesiones 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20. Las técnicas utilizadas han sido extraídas de la terapia cognitiva de Beck para la depresión. Éstas técnicas han sido modificadas ligeramente.

Para concluir la intervención, en la fase número tres del programa, se vuelven a pasar las escalas de codependencia, locus de control, control emocional, autoestima, relaciones interpersonales y depresión a los pacientes, para comprobar si el tratamiento a sido efectivo y, por lo tanto, el paciente ya no es codependiente.

A continuación se muestra una tabla que resume las actividades que van a ser destinadas a la intervención de los distintos módulos.

Tabla1. Actividades del programa de intervención

FASE 1. EVALUACIÓN			
MODULO	SESIÓN	INSTRUMENTO	DURACIÓN
Codependencia	1	Escala Spann- Fischer	25 minutos
Locus de control		Escala I-E de Rotter	
Autoestima		Escala de autoestima de Rosemberg	
Control emocional	2	TMMS-24	30 minutos
Relaciones interpersonales		Test de asertividad de Rathus	
Depresión		Cuestionario de depresión de Beck	

FASE 2. INTERVENCIÓN			
----------------------	--	--	--



<b>MÓDULO</b>	<b>SESIÓN</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>DURACIÓN</b>
General	3	1. Informar al paciente sobre los aspectos a intervenir. 2. Recogida historia clínica.	45 minutos
Autoestima	4	1. Registro de autoconcepto	35 minutos
	5	1. Cambio de los pensamientos negativos.	40 minutos
	6	1. Transición a la nueva imagen.	45 minutos
	7	1. Revisión de la lista de la sesión 1. 2. Técnica del rol fijo.	45 minutos
Locus de control	8	1. Técnicas de atribución.	40 minutos
	9	1. Comprobación de hipótesis.	45 minutos
Control emocional	10	1. Identificación de pensamientos disfuncionales. 2. Técnica de distracción.	35 minutos.
	11	1. Reconocer las claves que nos indican que se va a experimentar cólera o enfado. 2. Actuar para reducir la probabilidad de que estas situaciones provoquen la irritación y pérdida de control.	45 minutos.
Relaciones interpersonales	12	1. Mejora de la asertividad. 2. Ensayo conductual y role-playing.	60 minutos.
Depresión	13	1. Aprender lo que es la depresión	30 minutos.
	14	1. Aprender a identificar diferentes tipos de pensamientos. 2. Aprender a reconocer errores en el pensamiento	40 minutos.
	15	1. Registro diario de pensamientos disfuncionales	35 minutos.
	16	1. Aumento de pensamientos que producen un mejor estado de ánimo. 2. Disminuir los pensamientos que nos hacen sentir mal.	45 minutos.
	17	1. Método ABCD.	40 minutos.
	18	1. Revisión del diario de pensamientos disfuncionales. 2. Cambio de pensamientos con el método ABCD.	40 minutos.
	19	1. ¿qué actividades te hacen sentir bien? 2. Programación de actividades. 3. Red de apoyo social.	45 minutos.
	20	1. Planificar metas.	35 minutos.
	21	1. Obtener control sobre la depresión.	30 minutos.

<b>FASE 3. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA</b>			
<b>MODULO</b>	<b>SESIÓN</b>	<b>INSTRUMENTO</b>	<b>DURACIÓN</b>
Control emocional	22	TMMS-24	30 minutos
Relaciones interpersonales		Test de asertividad de Rathus	
Depresión		Cuestionario de depresión de Beck	
Autoestima	23	Escala de autoestima de Rosenberg	25 minutos
Locus de control		Escala I-E de Rotter	
Codependencia		Escala Spann- Fischer	

## CONCLUSIONES

El objetivo principal que persigue éste estudio, abordar la codependencia en familiares de adictos a una sustancia o conducta a través de una propuesta de intervención, ha sido perseguido desde el paradigma de las terapias cognitivo-conductuales. Como se señalaba en la introducción a este trabajo, autores como Pérez y Delgado (2002) recogen aspectos que parecen ser caracteriológicos de las personas codependientes. Destacan así, y entre otros, el locus de control externo, el inadecuado manejo de los sentimientos, la baja autoestima y la depresión, aspectos todos estos sobre los que contempla el trabajo desde la presente intervención. A través de la misma pues se espera fomentar en los sujetos una autoestima más elevada, un mejor control emocional, modificar su estilo atribucional con la finalidad de que no sea tan extremo, mejorar a la hora de mantener relaciones interpersonales y la remisión de los síntomas de la depresión. Puesto que la intervención no se ha llevado a la práctica no pueden constatar sus beneficios, aunque son esperables.

La importancia de trabajar en éste campo reside en lo poco que ha sido investigado. Ello ha hecho que a la hora de realizar la intervención se hayan encontrado varias limitaciones. Éstas residen en la inexistencia de una definición de codependencia tipificada, al igual que de unos criterios diagnósticos y un instrumento validado para evaluarla, ya que existen instrumentos para evaluarla, pero ninguno de ellos está tipificado. Tampoco existe ningún instrumento adaptado al castellano.

En el caso de que se paliaran las limitaciones descritas con anterioridad, posteriores investigaciones

podrían relacionar la codependencia con otras variables, como pueden ser el sexo. El desarrollo de tales estudios y la subsecuente obtención de resultados que mostrasen la asociación entre la codependencia y tales variables podría permitir el diseño de intervenciones más concretas y probablemente más eficaces. Lo que nos lleva a la necesidad de la tipificación del concepto y criterios diagnósticos de la codependencia y posterior adaptación al castellano de un instrumento que la evalúe.

Éste trabajo intenta sumarse a la escasa investigación sobre ésta enfermedad con el objetivo de que la sociedad llegue a ser consciente de la gran problemática que generan las adicciones, entre las que se encuentra la codependencia. Con ello se pretende la inclusión de la codependencia en el DSM-V y el desarrollo de posteriores investigaciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ayelén, M. (2010). Codependencia: definición, validación de un instrumento y su relación con la autoestima y el locus de control. *Anuario de Proyectos e Informes de Becarios de Investigación*, 7, 268-272.
- Becoña, E. & Cortés, M., (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Biscarra, M. & Fernandez, G. (2010). Codependencia: el lado oculto de los trastornos adictivos. *Nexos*, 1, 14-18.
- Blanco-Picaba, A. & Antequera-Jurado, R. (1999). La codependencia en el actual sistema sanitario. *Suma psicológica*, 6(2), 221-239.
- Delgado, D. & Pérez, A. (2004). La codependencia en familias de consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 16(4), 632-638.
- Fernández-Ballesteros, R. (2010). *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudios de casos*. Madrid: Ediciones pirámide.
- Fischer, J.L., Spann, L. & Crawford, D. (1991). Measuring Codependency. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 8, 87-100.
- Guevara, G. (2002). Relación de los niveles de autoeficacia y la codependencia en un grupo de

- familiares de pacientes drogadependientes. *Revista de Investigación en Psicología*, 5(2), 6-26.
- Hernández, M.A. (2008). Relación afectiva de mujeres con un esposo alcohólico: un comportamiento social aprendido que repercute en su salud. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(4), 806-810.
- Lila, M., Catalá, A., Conchell, R., García, A., Lorenza, M.V., Pedrón V. & Terreros E. (2010). Una experiencia de investigación, formación e intervención con hombre penados por violencia contra la mujer en la universidad de Valencia: programa contexto. *Intervención Psicosocial*, 19(2), 167-179.
- Lloret, D. (2001). Alcoholismo: una visión familiar. *Salud y drogas*, 1(1), 113-128.
- Luciano, M.C. & Gómez, S. (2001). Derivación de funciones psicológicas. *Psicothema*, 13(4), 700-707.
- Mansilla, F. (2001). Codependencia y psicoterapia interpersonal. *Revista Española de Neuropsiquiatría*, 21(80), 9-35.
- Martín, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G., Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(2), 458-467.
- Martins-D'Angelo, R., Menéndez, M.C., Gómez-Benito, J. & Silva, Y.F. (2011). Codependencia y sus instrumentos de evaluación: un estudio documental. *Avaliação Psicológica*, 10(2), 139-150.
- Pérez, A. & Delgado, D. (2003). La codependencia en familias de consumidores y no consumidores de drogas: estado del arte y construcción de un instrumento. *Psicothema*, 15(3), 381-387.
- Programa ALFIL (2004). *Guía de actuación preventiva para niños y jóvenes de familias con problemas de alcohol*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Rodríguez, J. (2001). Editorial. *Salud y drogas*, 1(1), 7-8.
- Sáenz, M.A. (2003). Aportes sobre la familia del farmacodependiente. *Ciencias sociales*, 99, 25-44.